



An die  
Praxis für Psychotherapie  
Rothenburg 19  
48143 Münster

Datum: \_\_\_\_\_

Falls Sie sich für einen Therapieplatz interessieren, verwenden Sie bitte das folgende Kontaktformular und schicken es uns per Post zu. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir nur dann konkret antworten können (z.B. Angaben zur Wartezeit für ein Erstgespräch), wenn Sie alle mit \*) als verbindlich gekennzeichneten Fragen beantwortet haben.

Name, Vorname\*: \_\_\_\_\_

Alter\*: \_\_\_\_\_

Telefonnummer\*: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie am besten in der Zeit zwischen 09:00 und 17:00 Uhr unter dieser Tel.-Nr. erreichbar?

Ihre email-Adresse (falls vorhanden):

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich unter dieser mail-Adresse kontaktieren:

Ja:       Nein:

Ihre Anschrift/Postadresse:

\_\_\_\_\_

Krankenversicherung\*: \_\_\_\_\_

Kurze Schilderung des Problems/ der Symptome

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Name des Arztes, der eine Psychotherapie empfohlen hat:

---

Wurde bereits in der Vergangenheit eine Psychotherapie durchgeführt\*?

Ja:                       Nein:

Wenn Ja, bis wann (Monat/Jahr der letzten Sitzung)\*: \_\_\_\_\_

Bevorzugen Sie einen weiblichen oder männlichen Therapeuten/-in?

Weiblich:                       Männlich:                       Egal:

Sind Sie bei einer Terminvergabe zeitlich flexibel?    Ja:     Nein:

Wenn „Nein“,

an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten können Sie Termine wahrnehmen?:

.....

.....

.....

Bitte beachten Sie die Datenschutzerklärung auf unserer Internetseite unter:

<https://psychotherapie-paterok.de/datenschutz.html>

Ich stimme der Speicherung und Nutzung der hier angegebenen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme/Erstinformation zu\*:

Ja:                       Nein:

Unterschrift\*: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen. Wir werden Ihnen sobald wie möglich eine Antwort an Ihre Post-Adresse oder an ihre email-Adresse zukommen lassen.

---